

La tutela/promozione della salute in una società multiculturale Indagine sulle popolazioni Romà in Capitanata

Promoting and preserving health in a multicultural society An inquiry on Romà people in Capitanata

Arturo Gianluca Di Giovine

Università degli Studi di Bari Aldo Moro
Scuola di Dottorato in Scienze del Benessere

ABSTRACT

The research on the health status of the Romà and Sinti populations represents an important contribution for the acquisition of knowledge and data related to the ethnical-linguistic minority, among the most affected by non-institutional and institutional discriminatory behaviours.

The research hypothesis consists in investigating how and how much the following elements interact and affect each other: the “camp” paradigm in the politics of inclusion of the Romà populations, the public health policies, and the culture of health emergency belonging to the Romà. The specific goals regard the correlation between the healthy/diseased status of the Romà and their living environment, i.e. their social-environmental conditions. The research structure is composed of three phases. The first phase concerns a theoretical research, related to the study of some aspects of the health sciences: the legislative, social, political, transcultural, medical and pedagogical ones. Instead, the second phase is a field survey concerning the Romà camp of Arpinova (FG), inhabited by Macedon Rom. The following instruments were adopted to carry on the inquiry: questionnaires to be proposed to the representatives of the Romà community of Arpinova, and to doctors operating the public health services; deep interviews with the chair doctors of the local public health district. The third phase of the research addresses data processing, and involves pedagogical proposal: that of drawing and defining guidelines dedicated to the Romà populations and to those health and welfare professionals who are entrusted with their care.

La ricerca sullo stato di salute delle popolazioni Romà e Sinti rappresenta un contributo importante per l'acquisizione di conoscenza e dati inerenti a questa minoranza etnico-linguistica, tra le più colpite da comportamenti discriminatori istituzionali e non.

L'ipotesi di ricerca consiste nell'indagare come i seguenti elementi interagiscano e si influenzino a vicenda: il paradigma “campo” nelle politiche di inclusione delle popolazioni Romà, le direttive della medicina sociale, e la cultura dell'emergenza sanitaria propria dei Romà. Gli obiettivi specifici riguardano la correlazione tra status di salute/malattia delle popolazioni Romà e il loro ambiente di vita, ossia le condizioni socio-ambientali. La struttura della ricerca si compone di tre fasi. La prima riguarda una ricerca teorica condotta sugli aspetti legislativi, sociali, politici, transculturali, medici e pedagogici delle scienze della salute. La seconda fase, invece, è un'inchiesta sul campo riguardante il campo Romà di Arpinova (FG), abitato da Rom macedoni. Gli strumenti utilizzati sono: questionari da proporsi

ai rappresentanti della comunità Romà di Arpinova e ai dottori che operano nell'ambito del servizio socio-sanitario; interviste di profondità ai primari del distretto socio-sanitario locale. La terza fase della ricerca si occupa dell'elaborazione dei dati e la formulazione di una proposta pedagogica: quella di tracciare e definire le linee guida rivolte alle popolazioni Romà e ai professionisti sociali e sanitari cui è affidata la loro tutela.

KEYWORDS

Trans-cultural medicine, Politics of inclusion, Pedagogy of the health sciences, Romà populations.

Medicina transculturale, Politiche di inclusione, Pedagogia delle scienze della salute, Popolazioni Romà.

1. Introduzione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO/OMS, 1948) definisce la salute come «uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non consiste soltanto nell'assenza di malattie o infermità. Il possesso del migliore stato di sanità che si possa raggiungere costituisce uno dei diritti fondamentali di ciascun essere umano, qualunque sia la sua razza, la sua religione, le sue opinioni politiche, la sua condizione economica e sociale. I Governi hanno la responsabilità della sanità dei loro popoli: essi per farvi parte devono prendere le misure sanitarie e sociali appropriate». Da questa definizione si delinea come compito dello Stato la prevenzione e la limitazione delle situazioni di non-benessere, che possono impedire al soggetto una vita dignitosa. Il diritto alla salute rappresenta, quindi, uno dei diritti fondamentali della persona, diritto che ne riconosce la dignità, che deve essere salvaguardato anche attraverso l'azione dei pubblici poteri. La ricerca sullo stato di salute delle popolazioni *Romà* e *Sinti* rappresenta un contributo di notevole importanza per l'apporto di conoscenze e dati relativi ad una minoranza etnico-linguistica tra le maggiormente colpite da comportamenti discriminatori, istituzionali e non. La direttiva 2000/43/CE obbliga gli stati membri dell'Unione Europea a garantire ad ogni cittadino dell'UE un accesso non discriminatorio all'istruzione, all'occupazione, alla formazione professionale, all'assistenza sanitaria, alla protezione sociale e all'alloggio. In virtù di ciò, il 7 settembre 2010 è stata istituita una *task force* della Commissione sui *Romà* per semplificare, valutare e analizzare l'uso e l'efficacia dei fondi dell'UE a favore dell'integrazione dei *Romà*. I risultati della Commissione evidenziano un dato sconcertante: non esistono, ancora, misure che affrontino in modo energico e proporzionato i problemi sociali ed economici di gran parte della popolazione *Romà* nell'UE. Nell'ambito della ricerca sulle condizioni e sui bisogni di salute delle popolazioni *Romà* emerge un dato altrettanto inquietante: Hajioff e McKee in 110 articoli su *Romà/Gypsie* pubblicati tra il 1996 e il 1999 constatano come la maggior parte delle ricerche riguardino le malattie trasmissibili e pochissime investono il tema delle malattie non trasmissibili. Gli autori sostengono la presenza di un'attenzione particolare, nelle ricerche, per le popolazioni non-*Romà*, in quanto la scarsità delle ricerche sulle malattie non trasmissibili delle popolazioni *Romà* attesta una minore preoccupazione nei confronti dei bisogni di salute della stessa popolazione e una maggiore preoccupazione per lo stato di salute della popolazione maggioritaria (Hajioff e McKee, 2000).

Zeman, Depken e Senchina nella loro ricerca hanno riscontrato la presenza di centoventinove articoli scientifici pubblicati tra il 1985 e il 2003 inerenti la salute dei *Romà*. Tale studio mette in risalto come il 50% degli articoli esamina le caratteristiche genetiche dei *Romà*, mentre gli autori sostengono la necessità di promuovere ricerche e azioni concertate tra ricercatori e comunità emarginate, su questioni di salute pubblica e di disegualanze economico-sociali (Zeman, Depken e Senchina, 2003).

2. Cenni storici sulla nascita delle politiche della salute

L'affermazione del proprio corpo è una delle prime forme di coscienza di classe, di appartenenza ad un preciso blocco sociale. Così fu per la borghesia nel XVIII secolo che ha sostituito alla *limpieza de sangre* del ceto nobile e aristocratico, l'idea di un organismo in buona salute. Nel momento in cui le altre classi, come quella proletaria, per cause economico-produttive sono entrate in contatto con le classi borghesi, in quel preciso momento storico, c'è stato il riconoscimento da parte della classe borghese nei confronti del proletariato di un corpo e di una sessualità. Il corpo del proletariato comincia ad essere oggetto della tecnologia e del dispositivo di controllo nel momento in cui entra in contatto con il corpo della borghesia.

Le politiche della salute del XVIII secolo mostrano l'interessamento del potere nei confronti della salute di tutti, della salute del corpo popolazione (Foucault, 1997). A tal proposito è fittizia la separazione tra medicina privata e medicina socializzata, entrambe, in un contesto dialettico, sono espressione di una strategia globale, di una *noso-politica* (Foucault, 1997). Una *noso-politica* che non è esclusivamente espressione di pratiche negative, ma di dispositivi positivi, quali il benessere fisico del corpo-popolazione, la progettazione di una tecnologia della popolazione stessa. Essa, pertanto, da una parte privilegia, come proprio oggetto di studio e intervento, la famiglia studiata attraverso l'infanzia, siamo di fronte ad una medicalizzazione della famiglia¹; dall'altra parte si rivolge al corpo collettivo, alla popolazione, privilegiando il concetto di igiene e funzionando come istanza di controllo sociale. Infatti, la scoperta degli antibiotici è contemporanea alla progettazione dei grandi sistemi di sicurezza sociale. Spesso sono i motivi economici che hanno influenzato l'organizzazione della medicina, possiamo parlare di un'economia politica della medicina (Foucault, 1997). La medicina sociale si configura come scienza del corpo sociale, come sapere e pratica sociale, caratterizzata da tre manifestazioni e organizzazioni differenti. In Germania all'inizio del XVIII sec. nell'ambito di quella che possiamo chiamare scienza dello stato, abbiamo una *medicina di stato*, basata su un sistema di osservazione della morbosità del corpo-popolazione, su una capillare organizzazione amministrativa e funzionari medici nominati dal governo. In Francia, invece, constatiamo la presenza di una *medicina urbana*, del dispiegamento di un sapere medico legato al fenomeno dell'urbanizzazione, alla crescente paura delle epidemie. Un sistema, quello della paura urbana, che imponeva la scelta di prendere delle misure, attraverso il modello delle quarantene. Un modello che si interessa delle condizioni ambientali, delle condizioni di vita delle persone e che definisce il concetto di salubrità, come conservazione della salute per tutti. L'igiene pubblica è una derivazione del modello della quarantena e si configura come controllo scientifico-politico dell'ambiente di vita.

In Inghilterra, si manifesta la *medicina della forza lavoro*, che investe la tematica della povertà, il cambiamento di percezione della povertà divenuta problema politico, la coabitazione tra ricchi e poveri induce il sistema di potere a garantire alle classi povere l'assistenza sanitaria, per un miglioramento delle condizioni di salute, in modo tale che le classi ricche erano meno esposte al rischio di essere vittime di fenomeni epidemici (Foucault, 2002). Pensiamo alle campagne di vaccinazione, che hanno incontrato, nel corso della storia, grandi resistenze, in quanto avevano delle forti implicazioni politico-sociali. Ad esempio in America il movimento per l'abo-

1 Nell'analisi foucaultiana delle tre figure della diversità, quella dell'onanista pone in risalto l'intervento del sapere medico nel contesto familiare. La masturbazione è considerata la causa di possibili malattie, pertanto il bambino deve essere controllato e gestito dal medico.

lizzazione della schiavitù e il rifiuto della vaccinazione obbligatoria erano legati da un'affinità naturale, entrambi resistevano all'intervento autoritario e diffidavano delle istituzioni (Illich, 2011).

3. Il paradigma campo

I "campi Rom" nel nostro paese nascono come risposta all'ondata migratoria dei Rom provenienti dai paesi dell'est Europa. Sono interventi messi in atto dalle pubbliche amministrazioni per regolarizzare situazioni di vita irregolari, ossia di persone che vivevano in campi illegali o edifici abbandonati (Signa, 2002). I campi sono costruzioni del paese 'ospitante' per regolarizzare, controllare e gestire situazioni di ordine sanitario e sociale (Brunello, 1996).

A tal proposito la letteratura inerente ai campi di concentramento evidenzia tratti, aspetti e considerazioni che possono essere accostate all'attuale situazione dei campi Rom. Emergono analogie e differenze, che non ci inducono ad assimilare i campi rom ai campi di concentramento dei sistemi totalitari, ma stimolano una riflessione critica circa la prospettiva di inclusione.

I campi di concentramento non sono un'invenzione dei sistemi totalitari, nazisti e comunisti, bensì sono presenti nelle teorizzazioni del pensiero utopico² (Kozminski, 1997), storicamente vengono costruiti e organizzati, per la prima volta, durante la guerra anglo-boera in Sudafrica e la lotta di liberazione dell'isola di Cuba dalla dominazione spagnola nel XIX sec. Di conseguenza l'istituzione concentrazionaria deve essere considerata per ciò che fu e rappresentò in origine: una risposta al problema della gestione delle masse nell'era democratica, nazionale e coloniale (Kotek e Rigoulot, 2001). Una definizione del termine campo di concentramento la troviamo nel lavoro di Kotek e Rigoulot, nel quale si definisce campo di concentramento "un terreno attrezzato in fretta e in modo sommario, per lo più ermeticamente chiuso, in cui sono raggruppati in massa, in condizioni precarie e assai poco rispettose dei più elementari diritti umani, individui o categorie di individui ritenuti pericolosi o nocivi" (Kotek e Rigoulot, 2001, p. 28). Gli stessi autori sostengono che i campi di concentramento vengono costruiti allo scopo di isolare preventivamente una parte del corpo sociale; punire e correggere con interventi educativi le persone rinchiusi nel campo; terrorizzare la popolazione civile; sfruttare la forza-lavoro non retribuita, intesa come esercizio industriale di riserva; rifondare il sociale, come istanza totalitaria, come costruzione di un nuovo uomo e una nuova società (Kotek e Rigoulot, 2001). D'altronde nel corso della storia i soggetti definiti devianti, anormali, coloro che deviavano da una norma, da una regola di condotta, da un sistema normativo, diventavano oggetto di un potere di normalizzazione (Foucault, 2002). Emergono due metodi: da una parte l'esclusione dei lebbrosi, il metodo della lebbra, presente alla fine del Medioevo, e si trattava di una pratica di rigetto, di marginalizzazione, di allontanamento dei malati, dei folli, dei devianti; dall'altra parte l'inclusione dell'appestato, il metodo della peste, che non esclude, ma circoscrive in un determinato territorio folli, devianti, malati e li rende oggetto di una minuziosa e sistematica suddivisione, attraverso una osservazione ravvicinata e meticolosa. Trattasi dell'invenzione della tecnologia positiva del potere, ossia un potere che è passato dalla logica dell'esclusione e dell'allontanamento, una logica di tipo binario folle/ragionevole, ad un potere positivo, che osserva, divide, individualizza (Foucault, 2002). Esclusione e inclusione sono espressioni, anche di un medesimo potere di normalizzazione.

2 Pensiamo al potere illimitato che gli ideatori delle società utopistiche (Platone, Campanella, Moro) assegnano a guardiani, pubblici funzionari e sorveglianti.

Ciò che contraddistingue i campi di concentramento e li differenzia dalle prigioni, è l'inquadramento giuridico (Kotek e Rigoulot, 2001), ossia nella prigione la detenzione è qualcosa di penalmente riconosciuto, mentre nel campo di concentramento la detenzione in questo caso è extragiuridica, è una detenzione amministrativa, che racchiude i casi dubbi, sospetti. Si vive in un campo non per quello che si è fatto, ma per quello che si è, o si potrebbe essere, il campo come una condizione ontologica, come stato di eccezione (Agamben, 2003), come non luogo (Augé, 2009).

Uno degli aspetti relativi al dispiegamento di un dominio totale è proprio l'uccisione della persona come soggetto di diritto (Arendt, 1967). Si tratta della condizione di soggetto in stato di detenzione amministrativa avallata dalla versione basata sull'anticipazione logica di sviluppi possibili, orientati al soddisfacimento delle ragioni per le quali i soggetti vivono nel campo (Arendt, 1967). Un altro obiettivo totalitario è quello di rendere superflui gli uomini, rendere gli uomini eccedenza demografica. Nella società postmoderna, complessa e frammentata, una moltitudine di persone sono considerate, implicitamente ed esplicitamente, vite di scarto (Bauman, 2005). Il campo rom, tuttavia, non è solamente da intendere come residenza della superfluità umana, come zona di controllo sociale, ma anche come luogo, entro il quale si crea un *target group*, dove si accentrano servizi, si costruisce un'utenza speciale e l'essere rom sembra coincidere con il vivere in un campo (Sigona, 2002).

4. Chi sono i Romà

Il processo di esclusione/inclusione normalizzante dei campi Rom, non va visto solamente nell'ottica unidirezionale del dispiegamento di un potere che segrega, ma emerge un processo di auto/esclusione correlato alla cultura Rom e Sinti, la distinzione, in una logica binaria, di Rom e Gagio (non Rom). Ogni forma d'intervento nei confronti dei Romà, può essere letta come un tentativo di "gagizzazione" nei loro confronti, che alimenta un processo di chiusura culturale, funzionale e/o conseguenza di una lettura essenzialmente culturalistica del fenomeno. Le popolazioni Romà provengono dalle antiche regioni dell'Asia (De Vaux de Foletier, 1977). Il termine Rom, infatti, deriva dall'indiano *dom*, che significa uomo, mentre il termine zingaro, deriva dal greco *athinganoi*, che significa intoccabili e si riferisce al nome di una setta religiosa presente in Frigia nel IX sec. a.C. (Piasere, 2009). La storia del popolo Romà è intrisa di rifiuti, di esclusioni, di ghettizzazioni, che hanno contraddistinto le politiche e i modelli di inclusione/sfruttamento degli stessi. Possiamo distinguere tre modelli, che si sono succeduti nel corso del tempo:

- a) modello balcanico, che evidenzia l'inserimento dei Romà nelle strutture socio-economiche attraverso il regime fiscale e lo sfruttamento della forza-lavoro;
- b) modello occidentale, che non prevede l'inserimento dei Romà nelle strutture socio-economiche, salvo un loro annullamento culturale;
- c) modello spagnolo, è una variante del modello occidentale, che prevede una rigida "sedentarizzazione" e de-culturazione per una assimilazione culturale al paese "ospitante" (Piasere, 2009). Da non dimenticare il genocidio nazista, la politica eugenetica perpetrata ai loro danni dal terzo Reich, passata alla storia nelle comunità Rom con il nome di *Porrajmos* (devastazione).

5. Tempi della ricerca, metodi e strumenti

L'ipotesi di ricerca consiste nell'indagare quanto e come, il paradigma campo nella politica di inclusione delle popolazioni Romà, le politiche di medicina sociale e la cultura dell'emergenza sanitaria, propria delle popolazioni Romà, siano collegati tra di loro, interagiscano e s'influenzino vicendevolmente. Gli obiettivi specifici riguardano la correlazione tra lo stato di salute/malattia delle popolazioni Romà e l'ambiente di

vita, le condizioni socio-ambientali. La struttura della ricerca è composta da tre fasi. La *prima fase* concerne una ricerca prettamente teorica, relativa allo studio degli aspetti legislativi, politico-sociali, di medicina trans-culturale e di pedagogia delle scienze della salute. La *seconda fase* della ricerca riguarda, invece, l'indagine sul campo, nel nostro caso si tratta del campo rom di Arpinova (FG) 'abitato' da *romà* macedoni. Una parte di questa seconda fase si avvale della collaborazione di Emergency (progetto ambulatori mobili) presente e operante nel campo rom di Arpinova tra maggio e ottobre 2011. Gli strumenti utilizzati sono: questionari da proporre ai rappresentanti delle comunità rom del campo di Arpinova ed ai medici, che operano nel campo, del servizio socio-sanitario; interviste in profondità da effettuare ai dirigenti medici del distretto socio-sanitario. La *terza fase* della ricerca compete all'elaborazione dei dati e alla proposta pedagogica, al fine di delineare e definire delle linee guida, nel campo della salute dirette alle popolazioni *romà* e alle figure professionali che si occupano della salute e del benessere delle stesse popolazioni.

Conclusioni

Le *policies*, le linee di condotta inerenti l'inclusione sociale, attraverso i *cultural studies* assumono una nuova prospettiva critica, in quanto pongono al centro delle pratiche inclusive l'analisi dei processi culturali attraverso cui la marginalità e la devianza vengono socialmente costruite (During, 2003) e mettono in risalto come tali meccanismi operino nei confronti di soggetti etichettati come diversi in base alla loro provenienza etnica, culturale, sociale. Il concetto di inclusione supera il modello integrazionista, inteso come modello di assimilazione in funzione di una normalità. L'inclusione come processo, come costruzione di uno spazio etico, nel quale le differenze rappresentano il modo stesso di esprimersi della realtà (Deleuze, 1997), il centro dell'azione inclusiva, non per essere affermate in una prospettiva di tolleranza delle diversità, bensì per co-costruire un pensiero comune, per fare trans-cultura (Pinto Minerva, 2007), ossia elaborazione di uno spazio "aperto e delimitato" nel quale è possibile riconoscersi e riconoscere l'altro.

Bibliografia

- Agamben, G. (2003). *Lo stato di eccezione*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Arendt, H. (1967). *Le origini del totalitarismo*. Milano: Edizioni di Comunità.
- Augè, M. (2009). *Nonluoghi*. Milano: Eleuthera.
- Baumann, Z. (2005). *Vite di scarto*. Bari: Laterza.
- Brunello, P. (1996). *L'Urbanistica del Disprezzo*. Roma: Manifestolibri.
- De Vaux De Foletier, F. (1977). *Mille anni di storia degli zingari*. Milano: Jaca Book.
- Deleuze, G. (1997). *Differenza e ripetizione*. Milano: Raffaello Cortina.
- During, S. (2003). *The Cultural Studies Reader*. New York: Routledge.
- European Roma Rights Center (ERRC) (Ed.). (2000). Il paese dei campi. La segregazione razziale dei Rom in Italia: Rapporto nazionale n. 9 [supplemento]. *Carta*, 12, 70-76.
- Foucault, M. (2005). *Sorvegliare e punire*. Torino: Einaudi.
- Foucault, M. (1992). *Storia della follia nell'età classica*. Milano: Rizzoli.
- Foucault, M. (1997). *Archivio Foucault: Interventi colloqui interviste*. Milano: Feltrinelli.
- Foucault, M. (2002). *Gli anormali*. Milano: Feltrinelli.
- Geraci, S., Maisano, B., Motta, F. (1998). *Salute Zingara*. Roma: Anterem.
- Hajioff, S., McKee, M. (2000). The health of the Roma people: a review of the published literature. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 864-869.
- Kalaydjieva, L., Gresham, D., Calafell, F. (2001). Genetic studies of the Roma: a review. *BMC Medical Genetics*, 2(5).
- Kaminski, A. J. (1997). *I campi di concentramento dal 1896 a oggi*. Torino: Bollati Boringhieri.

- Kotek, J., Rigoulot, P. (2001). *Il secolo dei campi*. Milano: Mondadori.
- Piasere, L. (1991). *Popoli delle discariche. Saggi di antropologia zingara*. Roma: Cisu.
- Piasere, L. (1995). *Comunità girovaghe, comunità zingare*. Napoli: Liguori.
- Piasere, L. (1999). *Un mondo di mondi: antropologia delle culture rom*. Napoli: Ancora.
- Piasere, L. (2009). *I Rom d'Europa*. Bari: Laterza.
- Pinto Minerva, F. (2007). *L'intercultura*. Bari: Laterza.
- Sayad, A. (2002). *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alla sofferenza dell'immi-grato*. Milano: Raffaello Cortina.
- Sigona, N. (2002). *Figli del ghetto. Gli italiani, i campi nomadi e l'invenzione degli zingari*. Nonluoghi.
- World Health Organization (WHO). (1948) *WHO definition of Health* [html]. Retrieved from <<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>>.
- Willrich, M. (2011). *Pox: An American history*. London: .
- Zeman, C. L., Depken, D. E., Senchina, D. S. (2003). Roma health issues: a review of the literature and discussion. *Ethnicity and Health*, 8(3), 223-249.

